

Paris, le 12 mai 2025

Mission d'évaluation consacrée à la prise en charge des troubles psychiques des personnes placées sous main de justice

Observations du Syndicat de la magistrature en réponse au questionnaire de la mission d'évaluation du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale

La prise en charge par la justice des personnes atteintes de troubles mentaux met en exergue une double tendance : d'une part à la pénalisation renforcée des passages à l'acte imputables aux personnes atteintes de troubles mentaux (I) et d'autre part à la *carcéralisation* de ces personnes malades (II). Le questionnaire invite en outre à interroger les aménagements de peine applicables aux personnes atteintes de troubles mentaux ainsi que l'obligation de soins (III).

I) La pénalisation renforcée des passages à l'acte imputables aux personnes atteintes de troubles mentaux

De manière générale, le Syndicat de la magistrature relève que la pénalisation accrue des personnes atteintes de troubles mentaux résulte d'une tendance à recourir à la justice plutôt qu'à développer de véritables politiques publiques de prise en charge des personnes malades, sur le plan médical et social et par le souci de répondre à des objectifs sécuritaires et d'atteinte d'un risque zéro.

De fait, en dix ans, les hôpitaux psychiatriques ont perdu 43000 lits sans que la prise en charge en ambulatoire n'ait permis de compenser ces défaillances. De même, il n'existe que peu d'accompagnement médico social pour sortir de l'errance, de l'inemploi, les personnes atteintes de troubles mentaux.

Sur le plan judiciaire, plusieurs études mettent en avant que de moins en moins de déclarations d'irresponsabilité pénales sont prononcées et ce, pour trois raisons au moins :

→ d'abord, les expertises psychiatriques sur lesquelles se fondent quasi exclusivement les juridictions de jugement pour déclarer ou non une personne irresponsable pénalement ne concluent quasiment jamais à l'irresponsabilité pénale. Bien souvent, même en cas de troubles psychotiques notamment, la personne reste responsable de ses actes.

→ ensuite, parce que sur impulsion du législateur, les experts autant que les magistrats tendent à distinguer entre les bons et les mauvais malades. Ainsi, [la loi n° 2022-52 du 24 janvier 2022 relative à la responsabilité pénale et à la sécurité intérieure](#) a prévu que l'irresponsabilité pénale ne peut être prononcée lorsque l'intéressé a consommé volontairement des substances psychoactives dans un temps très voisin de l'action et dans le dessein de commettre l'infraction. En cas d'altération du discernement, le tribunal peut se dispenser du principe

d'atténuation de la peine, par décision spécialement motivée. Cette loi récente participe à distinguer, tant pour les experts que pour les magistrats, les bons et les mauvais malades qui mettent en échec leur traitement thérapeutiques, en les remplaçant notamment par des toxiques, de sorte que dans ces hypothèses, la psychiatrie se décharge au profit de la justice pour des personnes pourtant malades.

→ enfin, comme souvent concernant la justice et l'hôpital, la pénurie d'experts et les conditions dégradées d'exercice des missions des psychiatres comme des juges contribuent également à un traitement dégradé des situations des malades mentaux, dans la mesure où il est bien plus exigeant, d'exposer la réalité d'une abolition du discernement plutôt qu'une simple altération, voire un comportement discernant. La détection d'une pathologie psychiatrique, susceptible de justifier une abolition du discernement, nécessite d'entendre et d'investiguer sur la personne, afin de savoir si elle fait par exemple l'objet d'un suivi psychiatrique intensif. Lorsque c'est l'avocat qui sollicite à l'audience qu'une expertise soit ordonnée pour s'assurer de la santé psychique de son client et que le tribunal renvoie l'affaire pour qu'il y soit fait droit, il est plus que fréquent, que le prévenu soit incarcéré dans l'attente des conclusions de l'expertise psychiatrique. Or, le Syndicat de la magistrature estime qu'une personne ne devrait pas être punie lorsqu'elle a agi sous l'emprise d'une pathologie qui la dépasse.

II) La carcéralisation grandissante des personnes atteintes de troubles mentaux

A titre liminaire, les [données publiées par l'OIP](#) sont éloquentes : « *plus de 20 % des personnes incarcérées sont atteintes de troubles psychotiques, dont plus de 7 % de schizophrénie ; huit hommes détenus sur dix présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité en cumulant plusieurs, dont la dépression pour nombre d'entre eux, l'anxiété généralisée ou la névrose traumatique* ».

Or, si le principe posé par le droit pénal¹ est celui de l'atténuation de la peine pour les personnes dont le discernement est altéré, la réalité est au contraire celle d'une aggravation de la sanction. Le concept de cercle « rue-hôpital-prison », connu sous le nom de *revolving door* dans les pays anglo-saxons plus documentés en la matière, est un phénomène qui a été récemment étudié en France. Il a ainsi été mis en évidence qu'être sans abri et en grande difficulté psychique augmentent significativement les risques d'incarcération².

Ceci s'explique notamment par le fait que ces personnes, généralement marginalisées du fait de leurs troubles mentaux, sont moins accessibles aux aménagements de peine, du fait d'une absence de logement ou d'une domiciliation précaire et de l'absence d'emploi, tout particulièrement lorsqu'elles sont jugées dans des délais rapides qui empêchent de penser

¹ ([articles 122-1 à 122-2 du code pénal](#))

² Camille Allaria et Mohamed Boucekine, L'incarcération des personnes sans logement et en grande difficulté psychique dans les procédures de comparution immédiate. *Justice et santé mentale : impossibles frontières*,

d'autres alternatives. Elles se retrouvent ainsi emprisonnées alors que leur état de santé et le délit en rapport avec celui-ci aurait nécessité des soins psychiatriques ambulatoires ou en hospitalisation plutôt qu'une incarcération.

Pour sortir de ce cercle vicieux et contreproductif pour tout le monde, le Syndicat de la magistrature considère que la procédure de comparution immédiate devrait être proscrite pour toute personne pour laquelle les premiers éléments de l'enquête sont en faveur d'une altération de son discernement. Il serait également envisageable d'appliquer aux personnes dont le discernement est altéré une réduction de peine automatique de moitié.

Il n'est pas non plus rare que des juridictions de jugement raisonnent de la façon suivante : « mieux vaut que cette personne, certes malade mentale, soit incarcérée et prise en charge - même mal - en prison, plutôt que de retourner dans l'errance », face au désert de la prise en charge psychiatrique en milieu ouvert.

Pourtant, lorsqu'elles sont incarcérées, les personnes atteintes de troubles mentaux font souvent l'objet de conditions d'incarcération extrêmement difficiles, non seulement parce que fait de leur pathologie, elles sont détenues à l'isolement ou au quartier disciplinaire, alors que ces régimes d'incarcération sont difficiles à supporter notamment du fait de la perte de repères qu'ils impliquent mais également car elles sont souvent maltraitées, voire violentées, lorsqu'elles sont en détention classique par leurs codétenus.

En outre, si des efforts réels ont été faits pour développer l'offre de soins en prison, notamment via les services médico-psychologiques régional (SMPR) et les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), il n'en demeure pas moins qu'en prison aussi, les psychiatres manquent cruellement, de sorte qu'un médecin intervient souvent sur plusieurs établissements et n'est ainsi présent qu'une demi-journée dans chacun d'eux ou est complètement absent de sorte que le suivi doit être assuré à l'extérieur, via des extractions qui ne sont ni régulières ni toujours effectives.

II) Les aménagements de peine et la suspension de peine médicale

Une fois incarcérées, les personnes atteintes de troubles mentaux accèdent moins facilement que le reste de la population pénale à une sortie anticipée de détention et ce, même si le législateur a développé la suspension de peine pour motif médical.

1) S'agissant des aménagements de peine

Il n'existe pas de statistiques permettant de recenser **les aménagements de peine** (sous écrou tels que la semi-liberté, la détention à domicile sous surveillance électronique ou le placement extérieur ou sans écrou telle que la libération conditionnelle) octroyés en raison de la santé mentale des personnes. Mais il n'est pas contestable que le nombre de ceux-ci, au regard de la prévalence des troubles d'ordre psychiatrique en détention, demeurent très insuffisants.

Le cadre juridique des aménagements de peine constitue une première explication à cet état de fait : un aménagement de peine peut être ordonné pour des motifs liés à la santé de la personne mais encore faut-il que celle-ci soit recevable à le solliciter (conditions de délai). Il existe bien, en l'état de la législation actuelle, des dispositifs d'aménagements de peine

spécifiques qui n'obéissent pas aux conditions habituelles de recevabilité – notamment, les libérations conditionnelles pour personnes âgées de plus de 70 ans, qui peuvent être accordées à tout stade de l'exécution de la peine dès lors qu'elle n'est pas affectée d'une période de sûreté -, mais ce type de régime dérogatoire n'est pas prévu pour des motifs liés à l'état de santé de la personne détenu.

Le régime des soins pénalement ordonnés constitue également un obstacle à l'aménagement des peines d'emprisonnement. Ainsi, les personnes détenues, condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, se voient proposer par le juge de l'application des peines de suivre un traitement pendant la durée de sa détention, si un médecin estime que cette personne est susceptible de faire l'objet d'un tel traitement. Le médecin traitant du condamné délivre à ce dernier des attestations indiquant si le patient suit ou non de façon régulière le traitement proposé par le juge de l'application des peines. Le condamné remet ces attestations au juge de l'application des peines, afin que celui-ci puisse se prononcer sur l'octroi ou le retrait de réductions de peine ou l'octroi d'une libération conditionnelle.

Sauf décision contraire du juge de l'application des peines, lorsque la personne condamnée pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru ne suit pas le traitement qui lui a été proposé, elle ne peut bénéficier des réductions de peine prévues par la loi³. De même, une libération conditionnelle ne peut pas lui être accordée si elle refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines. Elle ne peut non plus être accordée au condamné qui ne s'engage pas à suivre, après sa libération, le traitement qui lui est proposé⁴.

En détention, ces dispositifs génèrent des tensions autour de la remise d'attestations et l'échange d'informations nominatives, les soignants subissant des pressions pour certifier la fréquence du suivi et, au delà, l'investissement des condamnés⁵. En retour, les thérapeutes sont également confrontés à la défiance potentielle des détenus, qui peuvent les considérer comme des « délateurs »⁶ auprès de l'institution judiciaire. Cette situation entraîne des logiques de défiance qui entravent la bonne marche des thérapies et qui, in fine, pèsent sur le développement de sorties anticipées.

Quand, en dépit de ces obstacles, les soins sont mis en œuvre en détention, il n'existe pas de garantie qu'un relais des soins psychiatriques vers les dispositifs de droit commun soit assuré à la sortie. Cette réalité peut également influencer sur le prononcé éventuel des aménagements de peine. Sur certains ressorts, des équipes mobiles transitionnelles (EMOT), composée de soignants et de travailleurs sociaux, offrent un accompagnement

³ Art. 717-1 CPP, 721 CPP

⁴ Art 729 CPP

⁵ *Pour des développements, se référer aux travaux de Virginie Gautron sur l'Injonction de soins ; Gautron, V. (2018). Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.*

pluridisciplinaire aux personnes souffrant de troubles psychiatriques sortant de détention. Ces équipes, qui proposent des prises en charge initiées en amont de la libération, permettent d'assurer un relais des soins psychiatriques sur l'extérieur. Mais ces expériences sont loin d'être généralisées.

Enfin, les caractéristiques propres aux dispositifs d'aménagements de peine sous écrou entrent également en ligne de compte : les établissements de semi-liberté, qui connaissent de plus en plus des problématiques de sur-occupation identiques à celles que l'on trouve en maison d'arrêt ou en quartier maison d'arrêt, ne sont pas en mesure d'accueillir des personnes souffrant de troubles psychiatriques ; les mesures de détention à domicile sous surveillance électronique supposent que les personnes concernées disposent d'un hébergement sur l'extérieur ; quant aux placements à l'extérieur qui pourraient être ordonnés au profit de personnes souffrant de troubles mentaux, ils sont conditionnés à l'existence de structures adaptées à ce type de profil.

2) S'agissant de la suspension de peine pour motif médical

Le régime juridique de la suspension de peine pour raison médicale (article 721-1-1 du code de procédure pénale), constitue en revanche, à l'inverse du droit des aménagements de peine, un cadre adapté à la libération des personnes pour des motifs tenant à leur santé mentale. Il ne nécessite aucune condition de délai, ne peut être entravé par une période de sûreté et n'est pas conditionné à une quelconque acceptation par la personne condamnée du traitement qui lui est proposé. Au surplus, depuis les modifications subies en raison de la loi du 15 août 2014 et de l'Ordonnance n°2019-964 du 18 septembre 2019, le dispositif ne nécessite plus qu'une seule expertise médicale et peut même être activé, en cas d'urgence, au vu du seul certificat médical établi par le médecin responsable de la structure sanitaire dans laquelle est pris en charge le détenu ou son remplaçant.

Il doit être rappelé également qu'il connaît une déclinaison pour les personnes placées en détention provisoire, avec **le dispositif de la mise en liberté pour motif médical** (dispositions de l'article 147-1 du code pénal).

Mais tout aussi indéniables et positives soient-elles, ces évolutions législatives n'ont pas remis en cause l'existence d'un critère d'ordre criminologique, relatif à « l'absence de risque grave de renouvellement de l'infraction ». Celui-ci pose clairement question puisqu'il permet d'écarter la libération alors même qu'il aurait été constaté que le pronostic vital de la personne est engagé ou que son état de santé est durablement incompatible avec son maintien en détention.

Dans la question prioritaire de constitutionnalité dirigée contre les dispositions régissant la suspension de peine pour raisons médicales qui avait été soumise en 2013 à la Cour de Cassation (et que celle-ci, dans sa décision du 26 juin 2013, avait refusé de transmettre au Conseil Constitutionnel), l'un des moyens soulevé par les requérants reposait précisément sur l'argument qu'en interdisant l'octroi de la suspension de peine en présence d'un « risque grave de renouvellement de l'infraction », l'article 720-1-1 organisait la poursuite d'un

traitement contraire au droit au respect de la dignité humaine et qu'il méconnaissait ainsi l'intangibilité de ce principe, rappelée dans la décision du 19 novembre 1999 du Conseil Constitutionnel. Cette argumentation nous semble devoir être retenue et plaide pour la suppression de la référence au risque grave de renouvellement de l'infraction.

Il est à noter que si la Cour de Cassation n'a pas accueilli ce moyen et qu'elle a rappelé le caractère exceptionnel de la suspension de peine, elle n'en a pas moins énoncé, sans faire la moindre référence à l'existence d'un risque de récidive, que **la mission première du juge de l'article 720-1-1 est de prévenir ou faire cesser les traitements inhumains ou dégradants nés du maintien en détention d'une personne en fin de vie ou gravement malade.**

Mais les obstacles liés au développement des suspensions de peine en raison de l'état de santé mentale de la personne sont également liés à l'absence, sur l'extérieur, de structures d'hébergement adaptées. Cette situation n'est malheureusement pas nouvelle puisqu'elle avait déjà été relevée, il y a près de 20 ans, par le service de l'application des peines du TGI de Créteil, qui, en raison de la présence sur son ressort de l'Etablissement public de santé national de Fresnes, connaissait un nombre élevé de demandes de suspension de peine. Dans un document couvrant une période significative de cinq années, de 2005 à 2009, le service avait ainsi établi un compte-rendu, audience après audience, du devenir de toutes les demandes de suspension de peine qui avaient été enrôlées devant le tribunal de l'application des peines du TGI de Créteil.

Il avait ainsi pu être établi que la grande majorité des condamnés qui voyaient leur demande de suspension de peine aboutir bénéficiaient de la possibilité d'un hébergement au sein de leur famille (prise en charge familiale) - ce qui facilitait, sur place, la recherche et la mise en oeuvre en parallèle de prises en charges hospitalières. En revanche, en l'absence de toute possibilité de prise en charge familiale de la personne concernée, la juridiction avait été contrainte de procéder, faute de solution d'hébergement et alors même que les conditions légales de la suspension de peine (conditions médicales et condition relative à l'absence de risque grave de renouvellement de l'infraction) étaient réunies, à de nombreux ajournements de l'examen de la demande ou à des rejets.

3) Les obligations de soins

Les obligations de soins s'appuient sur un cadre juridique très mince : elles peuvent être prononcées pour tous types de délits ou de crimes et aucune expertise psychiatrique ou médico-psychologique préalable n'est exigée. Leurs modalités ne sont pas davantage encadrées dans la mesure où aucun texte ne vient organiser les modalités relationnelles entre acteurs judiciaires et sanitaires, notamment sur le plan de l'échange d'informations au fil du suivi⁷.

Du fait de leur absence de définition et de cadre, le Syndicat de la magistrature partage le constat selon lequel les obligations de soins sont prononcées de manière particulièrement extensive par les juridictions correctionnelles, parfois sans en penser le contenu et comme

⁷ Virginie Gautron, Laurence Leturmy. La " prescription " judiciaire de soins : complémentarité ou concurrence des rationalités pénale et sanitaire ?. Archives de politique criminelle, 2022, n° 44 (1), pp.107-119.

réponse pénale toute faite à l'augmentation du nombre de personnes renvoyées devant des juridictions répressives présentant des troubles psychiques ou psychiatriques, corolaire notamment de l'affaiblissement du nombre de déclarations d'irresponsabilité pénale. Il convient en outre de constater que le contenu de ces obligations de soin renvoient fréquemment à une coquille vide, notamment du fait d'une offre de soin particulièrement carencée et des défaillances importantes du système de santé en matière psychiatrique.

Elles ne doivent toutefois pas être rejetées dans leur principe, car elles constituent aussi un moyen pour les personnes placées sous main de justice d'entrer en contact avec les structures de soins, notamment en addictologie, en vue d'une prise en charge, par forcément immédiate, la personne ayant identifié la structure et pouvant y revenir plus tard, lorsqu'elle en sera prête.

S'agissant des prises en charge psychiatriques ou psychologiques, il existe plus de défiance des structures à accueillir des personnes qui ne sont pas volontaires aux soins, eu égard à l'absence d'adhésion des personnes condamnées et au sous-effectif massif de ces structures qui ne leur permettent pas d'accueillir en plus un public pour lequel la pertinence du suivi doit être travaillée. Toutefois, nombreux sont les thérapeutes qui estiment que les soins obligés sont un pari dans le but de générer un déclic, une sorte de soins pré thérapeutiques visant à dépasser la contrainte pour progressivement « créer le besoin⁸ ».

⁸ *Gautron, V. (2018). Existe-t-il un bénéfice que les soins soient ordonnés pénalement et pour qui ? Quel bilan pour le dispositif d'injonction de soins ? Quelle est sa place par rapport à l'obligation de soins ? Paris : Audition Publique, 14-15 juin 2018, Auteurs de Violences Sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge*